Versuch

den sogenannten

Globus hystericus

in einzelnen Fällen

durch Dislocation des Magens zu erklären.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

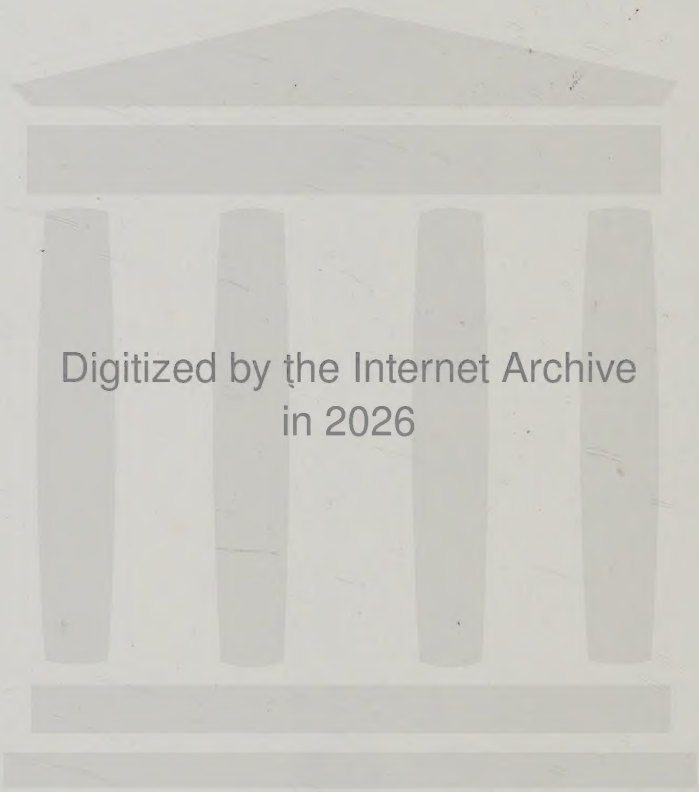
L. Mattheides,

pract. Arzt in Hamburg.

ERLANGEN.

K. b. Hof- u. Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).

1890.


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545817_0032

Versuch

den sogenannten

Globus hystericus

in einzelnen Fällen

durch Dislocation des Magens zu erklären.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

medizinischen Fakultät

der

Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

L. Mattheides,

pract. Arzt in Hamburg.

ERLANGEN.

K. b. Hof- u. Univ.-Buchdruckerei von Fr. Junge (Junge & Sohn).

1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät zu Erlangen.

Referent: Herr Professor Dr. Strümpell.

Vor circa $1^1/_2$ Jahren kam Frau J. mit dem Symptome des sogenannten Globus hystericus in meine Sprechstunde. Sie hatte das Gefühl, als wenn ein Kloss im Halse sich befände und das Bedürfniss Luft häufig zu schlucken und sie wieder aufzustossen. Eine genaue Besichtigung des Pharynx ergab nichts Abnormes. Die Frau ist 38 Jahre alt, verheirathet und Mutter zweier Söhne im Alter von 16 und 18 Jahren. Sie ist eine kräftige, gutgenährte Blondine. Will immer gesund gewesen sein. Der Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens betrug 71 cm, in der der Nabelhöhe 80 cm. Leber nicht dislocirt. Keine Intercostalneuralgie, keine Wanderniere. Uterus und Umgebung frei. Ich blähte der Frau in liegender Stellung den Magen mit Kohlensäure auf und ergab die Plessimeter-Percussion die Conturen der grossen Curvatur. Dieselbe reichte bis 2 cm unterhalb des Nabels. Zug des Magens nach unten verstärkt das Gefühl des Globus; Heben des Magens beseitigt es augenblicklich. Therapie: Weglassung des zu fest angezogenen Corsets und Anschaffung einer elastischen Binde, wodurch der Bauch nach oben gehalten wird. Ein halbes Jahr nachher wurde Patientin wieder besucht und frei von den früheren Klagen gefunden.

Durch diesen Fall veranlasst habe ich meine Patientinnen, sobald sie über den Hals klagten, auch auf den Magen hin untersucht, aber die meisten mit Widerwillen. Es ist daher erklärlich, dass ich zur Bestimmung der unteren Magengrenze mich nach Methoden umsah, die am schonendsten zum Zwecke führten. Als zu umständlich für Privatkranke wurden die von Runeberg[1]), Oser[2]) und Ewald[3]) vorgeschlagenen und geübten Methoden verworfen. Alle Drei pumpten mittelst eines eingebrachten Magenschlauches und aufgesetzten Doppelgebläses am Sprayapparat Luft in den Magen ein. Aus gleichem Grunde wurde das Verfahren von Penzoldt[4]) nicht ausgeübt, den Magen mit 1 Liter Wasser zu füllen. Als die schonendste Methode blieb mir nur die von Frerichs empfohlene übrig, den Magen mit in loco aus einem kohlensauren Salze entwickelter Kohlensäure aufzublähen. Ich verfuhr hierbei folgendermassen: Zwei Weingläser wurden mit je 80 gr Wasser gefüllt und in dem einen 7,5 gr doppelkohlensaures Natron und in dem andern 2,5 gr Weinsäure gelöst und eins nach dem andern vom Patienten geleert. Bemerken muss ich noch, dass alle Versuche bei liegender Stellung und Morgens vorgenommen wurden, da Paca-

---

1) Runeberg, Ueber künstliche Aufblähung des Magens und des Dickdarms durch Einpumpen von Luft.

2) Oser, Die Neurosen des Magens 1885, S. 10.

3) Ewald, Klinik der Verdauungskrankheiten, Krankheiten des Magens. 2. Aufl. S. 57 u. 112.

4) Penzoldt, Die Magenerweiterung. Erlangen 1875.

nowski[1]) nicht gleichlautende Resultate bei liegender und stehender Stellung, sowie vor und nach der Mahlzeit erzielte.

Frau J., Schuhmachersfrau, 41 Jahre alt, in zweiter Ehe verheirathet; erste Ehe mit drei Kindern gesegnet, zweite bis jetzt ohne Erfolg, hat vor einigen Jahren sehr stark gehustet, sie leugnet Luës und Tuberculose. Bis August d. J. war sie ganz gesund. Regel in Ordnung. Beschwerden beim Stuhlgang. Nur nach Klystieren geht dünner Stuhl ab. Blutung aus dem Mastdarm oder Schleimabgang hat nie stattgefunden. Ist der Abführwuth verfallen. Die Regel war in Ordnung bis vor 6 Wochen. Seitdem fortdauernd geringe Blutung aus den Genitalien. Das Blut scheint der Patientin stinkend. Will stark abgemagert sein. Fortwährend Rückenschmerzen mit Leibschmerzen combinirt. Letztere sind intermittirend, wehenartig und zieht der Schmerz im rechten Bein bis zum Knie herab. Ausserdem Globus und Bedürfniss Luft zu schlucken und sie wieder auszustossen. Tiefstand des Magens bis 3 cm unterhalb des Nabels. Durch Hinabziehen des Magens lässt der Globus sich erzeugen, durch Emporheben sofort beseitigen.

Frau S., Arbeitersfrau, 42 Jahre alt, von mittlerer Grösse, mager, hat 9 Wochenbetten überstanden, verliefen alle leicht und normal; klagt über Halsschmerzen,

---

1) Pacanowski, Klinische Zeit- und Streitfragen. 7. Heft pag. 230.

es sitzt ihr etwas hinten auf der Zunge. Gefühl der Kälte im Halse. Hat häufig gegurgelt, aber es hilft nicht. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 70 cm, in der Höhe des Nabels 77 cm. Untere Magengrenze 2 cm über dem Nabel.

Frau L., Fettwaarenhändlerin, 40 Jahre alt, Mutter zweier Kinder. 2 Aborte. Uterus und Umgebung normal. Will stets gesund gewesen sein. „Hat es im Halse ab und zu als wenn was Knotiges im Halse steckte, als wenn was vorsässe". Dieses Gefühl schwindet beim Hinaufheben des Magens. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 72 cm, in der des Nabels 78 cm. Tiefstand des Magens bis $1^1/_2$ cm unterhalb des Nabels.

Frau M., Fischfrau, 40 Jahre alt, Mutter siebenzehn lebender Kinder. Alle Entbindungen verliefen leicht. Keine Muttersenkung. „Wenn ich herunterschlucke, dann thut es im Halse weh. Ich habe schon viel gegurgelt, aber es wird nicht anders. Wenn ich gähne, dann ist mir im Halse eine Strammniss, als wenn etwas darin abgeschnitten würde". Alle Klagen schwinden beim Hinaufheben des Magens. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 79 cm, in der des Nabels 95 cm. Die grosse Curvatur reicht bis 4 cm unterhalb des Nabels.

Frau S., Arbeitsfrau, 50 Jahre alt, bekam im zweiundzwanzigsten Jahre zuerst die Menstruation, die von da ab regelmässig und stark eintrat, 7 lebende Kinder. Leichte Wochenbetten. Keine Muttersenkung; keine

Varicen. Sonst immer gesund. „Hat es seit Wochen im Halse, hat viel gegurgelt, aber Nichts will helfen“. Der Tiefstand des Magens reicht bis 1 cm über dem Nabel. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 82 cm, in der des Nabels 99 cm.

Frau M., Schuhmachersfrau, 66 Jahre alt, von starker, gedrungener Statur, klagt über einen festen Gegenstand, der ihr im Halse sitzt. Will immer gesund gewesen sein. Hat nur 2 Wochenbetten überstanden. Intercostalneuralgie an der neunten und zehnten Rippe linkerseits. Tiefstand des Magens bis $^1/_2$ cm unterhalb des Nabels. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 81 cm, in der des Nabels 96 cm.

Frau B., Arbeitersfrau, 52 Jahre alt, Mutter von vier Kindern Will immer gesund gewesen sein. „Habe es öfters im Halse, habe auch gegurgelt, aber ohne Erfolg“. Beim Hinabziehen des Magens Gefühl eines festen Gegenstandes, den sie „durch Räuspern nicht wegkriegen kann“. Beim Hinaufheben des Magens verliert sich dieses Gefühl. Die grosse Curvatur reicht bis 1 cm unterhalb des Nabels. Kleinster Umfang in der Höhe des Rippenbogens 77 cm, in der des Nabels 86 cm.

Fräulein S., Confectioneusin, 33 Jahre alt, Besitzerin eines 5-jährigen Sohnes. Schlanke, schmächtige Person, etwas bleichsüchtig. Angehende Phthisikerin. Kommt, weil ihr etwas im Halse steckt, zu mir. Inspection ergab nichts Besonderes. Die grosse Curvatur reicht bis zum Nabel. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 77 cm, in der des Nabels 82 cm.

Fräulein L., Näherin, 25 Jahre alt, von gracilem Körperbau. Nicht chlorotisch. „Habe das Gefühl als wenn etwas im Halse in die Höhe käme, als wenn ich brechen müsste und es kommt Nichts.“ Alles ändert sich gleich nach dem Hinaufheben des Magens. Die grosse Curvatur reicht bis 2 cm über dem Nabel. Umfang des Körpers in der Höhe des Rippenbogens 68 cm, in der des Nabels 72 cm.

Aus den zehn Beobachtungen, die wir an Frauen im Alter von 25—66 Jahren gemacht haben, sind wir wohl berechtigt folgende Schlüsse zu ziehen.

1. Der sogenannte Globus hystericus ist von den Erkrankungen der Sexualorgane unabhängig.

2. Der sogenannte Globus hystericus wird nur durch eine Dehnung des Oesophagus in Folge Dislocation des Magens hervorgerufen.

3. Der sogenannte Globus hystericus ist mit anatomischen Veränderungen des Oesophagus und des Magens nicht verbunden, da eine Aenderung der Kleidung schon genügt den Globus hystericus sofort aufzuheben.

Sehen wir nun weiter, ob in der Litteratur analoge Fälle schon vorgekommen und ob diese mit den anatomischen Ansichten übereinstimmen.

Vom Globus hystericus wissen wir noch wenig. Eulenburg[1]) definirt ihn als ein bekanntes und häufiges Symptom der weiblichen und männlichen Hysterie, welches in dem Gefühl des Aufsteigens eines schweren,

1) Eulenburg, Real-Encyclop. der gesammten Heilkunde 1886, pag. 466.

beengenden und beängstigenden Körpers — die vermeintliche Kugelform ist dabei ziemlich unwesentlich — aus der Gegend der Magengrube nach den inneren Halspartien besteht. Ueber die Art des Zustandekommens sind selbst die wenigen Angaben, die wir vorgefunden, auseinandergehend. Während Strümpell[1]) das bekannte Symptom des sogenannten Globus hystericus auf krampfhafte Zustände in der Pharynx-Musculatur, von Jürgensen[2]) auf langsame Zusammenziehung derselben beziehen, sieht Freund[3]) in dem Globus hystericus nur eine Reflexneurose des Sympathicus und wird in dieser Ansicht von Romberg[4] unterstützt. Als Neurose sieht ihn auch Bamberger[5]) an, denn er sagt „er ist Theilerscheinung und Folge gewisser materieller oder ihrer anatomischen Begründung nach noch unbekannter Veränderungen des Nervensystems".

Ebenfalls spärlich sind die Beobachtungen über Magendislocationen. Auf nur kurze Aufzählungen einer

---

1) Strümpell, Lehrbuch der spec. Path. und Therapie der inneren Krankh., II. Bd., 1. Theil 1889, pag. 497.

2) Von Jürgensen, Lehrbuch der spec. Path. u. Therapie 2. Aufl. 1889, pag. 127.

3) Freund, Gynäkologische Klinik, Strassburg 1885, pag. 263.

4) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 2. Aufl. Band 1, pag. 142.

5) Bamberger, Krankheiten des chylopoetischen Systems in Virchow, Handb. der spec. Path. u. Th. VI. Bd. 1. Abth. 1855. pag. 119.

solchen beschränken sich Vierordt[1]), Bamberger[2]) und Eichhorst[3]). Ersterer erwähnt nach Kussmaul einen Tiefstand des Pylorus ohne Dilatation des Magens, durch zu starkes Schnüren erworben; letztere eine Verdrängung und Verrückung des Magens durch grosse Unterleibsgeschwülste. Ausführlicher berichten uns Leube[4]) und Ewald[5]) davon. Beide beschreiben eine Verticalstellung des Magens bei Frauen, durch Schnüren hervorgerufen, wodurch die parspylorica der grossen Curvatur nach unten hin unter die Nabelhöhe rückte. Am ausführlichsten finden wir Hysterie, Magendislocation und Dehnung des Oesophagus in Morgagni's und Schmidt's Krankengeschichten behandelt, die wir hier folgen lassen. — Nach Morgagni[6]) beobachtete eine etwa 40 Jahre alte Frau, cum hystericae affectioni multum esset obnoxia, nach einem stark überstandenem Paroxysmus, der den ganzen Körper, insbesondere viscera ven-

---

1) Vierordt, Diagnostik der inneren Krankh. auf Grund der heut. Unters.-Meth. 1889, p. 262.

2) Bamberger, Virchow's Handb., VI. Bd., 1. Abh., 1855, p. 331.

3) Eichhorst, Lehrbuch der spec. Path. u. Therap. 1883, Bd. I, p. 770.

4) Leube, Spezielle Diagnostik der inneren Krankh., 2. Aufl., 1889, p. 255, 256.

5) Ewald, Klinik der Verdauungskrankheiten, 2. Thl., p. 115.

6) J. B. Morgagni. De sedibus et causis morborum. Tomus secundus Liber III de morbis ventris epist. XXXIX, p. 324, cap. 14 et 15. Etroduni in Helvetia MDCCLXXIX.

tris befiel, cum in epigastrica regione depressionem, tum in hypogastrica extuberationem. — Aegra saepe querebatur, sibi omnia viscera, sic enim ajebat, e suis sedibus esse prolapsa. — Nach ihrem Tode, der 3 Monate nachher erfolgte, stellte Valsalva folgenden Befund bei der Section fest: Ventriculus ad hypogastrium prolapsus, vix ut quatuor transversi digiti inter ipsum pubemque intercederent. Pars enim illa ventriculi, quae gulae respondet, hic usque adeo in longum producta erat ut fundus totus esset in hypogastrio Im 15. Capitel warnt Morgagni vor einer Verwechselung mit Magendilatation mit den Worten, dass der Magen nicht in Folge der Vergrösserung, sondern bei dem richtigen Maass seiner Grösse nach unten dislocirt wäre. Ruere autem potest, aut in inferiora tractus, aut eo compulsus. Hier sehen wir das erste Beispiel einer Magendislocation erwähnt und lernen zugleich die Gründe kennen, wodurch eine solche zu Stande kommen kann.

Neuerdings hat einen ähnlichen Fall Schmidt[1]) beschrieben, der einer 40jährigen Frau nach aufgestellter Diagnose „stenosirendes Ulcus pylori mit consecutiver Dilatatio ventriculi“ den Bauch öffnete und nach gewonnener Ueberzeugung, dass der Magen „nicht im mindesten erweitert“ war, ihn wieder durch die Naht verschloss. Die Krankengeschichte lautet: Es traten

1) Schmidt, Zu der Anatomie des Magens am Lebenden und der Diagnose der Dilatatio ventriculi. Berl. klin. Wochenschrift, Nr. 33, 16. August 1886.

bei Frau T., die bis zum Jahre 1876 ganz gesund gewesen, ganz allmälig Magenbeschwerden ein, in Uebelkeit, Erbrechen und Intoleranz selbst gegen bisher gut vertragene Speisen bestehend. Patientin magerte allmälig ab. 1879 gesellten sich hiezu heftige Cardialgien, welche über und etwas rechts von dem Uebel ihren Sitz hatten und nach beiden Seiten des Brustkorbes sehr heftig, doch nach der rechten Seite ungleich stärker ausstrahlten. Nach Anwendung von Morphiumeinspritzungen wurde der Zustand ein erträglicher, aber zur völligen Genesung kam es nicht. Von 1881—84 suchte sie ihr Magenleiden durch Auspumpen, so wie durch Priesnitzersche Umschläge zu mildern und kehrte 1884 zu ihrem früheren Arzte Dr. Rüter zurück, der Dr. Schmidt hinzuzog. Beide glaubten eine Resection des betreffenden Nerven vornehmen zu müssen, da sie das langjährige Leiden als eine Intercostalneuralgie erkannten. Die ausstrahlenden Schmerzen waren durch die Operation gehoben, nicht aber die Magenbeschwerden. Im März 1885 ergab die Untersuchung: Aufblähung des Epi und Mesogastriums, auf Berührung in diesen Regionen wurden wurmförmige Bewegungen unter der Haut sichtbar, und eine nach unten convex bogenförmige Contur der bemerkbaren Wölbung mehrere Finger breit unterhalb des Nabels schien die Linie der grossen Curvatur eines dilatirten Magens zu bezeichnen. Unser rege gewordener Verdacht einer Magenerweiterung wurde durch die weiteren Untersuchungsmethoden aufs deutlichste — scheinbar — bestätigt. Der Kranken wurde

mittelst einer Magensonde $1^1/_2$ Liter Wasser in den Magen gegossen. Hiernach waren bei Succussion des Abdomens sehr laute Plätschergeräusche leicht hörbar zu machen. Die erwähnte Linie, welche schon vor dem Eingiessen des Wassers unterhalb des Nabels sichtbar war, trat jetzt noch deutlicher hervor. Sie zog quer über die Mitte des Unterleibes, 4 Finger breit unterhalb des Nabels als untere Grenze des eine ballonartige, niedrige Blähung des Bauches bewirkenden Magensackes. Dass sie in der That dem Boden des Magens entsprach, konnte durch Percussion und Palpation festgestellt werden. Wir glaubten nun nach diesem 2 Mal mit ganz gleichem Resultat aufgenommenen Untersuchungsbefund das Bestehen einer Magenerweiterung, und zwar einer recht bedeutenden, über jeden Zweifel sicher bewiesen und waren auch um die vermutliche Verursachung derselben nicht in Verlegenheit. Was könnte ihr anders zu Grunde liegen, als eine ulceröse Narbenbildung am Pylorus. Wir schritten daher, zumal die Frau darauf drang, am 18. April zur Operation. Aber diese ergab weder ein Ulcus pylori, noch eine Magendilation, sondern merkwürdigerweise nur eine Dislocation des in seinem Umfange gar nicht vergrösserten Magens. Soweit mir bekannt war dies der erste Fall, wo beim Lebenden behufs Feststellung der Diagnose die Bauchhöhle eröffnet und nach Ueberzeugung, dass keine Dilatation des Magens, sondern nur eine Dislocation desselben bestand, wieder geschlossen wurde.

Der Oesophagus verläuft als directe Fortsetzung des Pharynx von der unteren Partie des Halses mit einer langgedehnten Spirale um die Aorta zum Hiatus oesophageus des Zwerchfells und geht durch diesen in die Cardia des Magens über. Die untere Grenze des Oesophagus, äusserlich nicht wahrnehmbar, wird nur durch den Uebergang des geschichteten Pflasterepithels in das Cylinderepithel der Magenschleimhaut durch eine um die ganze Circumferenz herumlaufende Zickzacklinie charakterisirt, die obere ist willkürlich. Joessel[1]) verlegt sie mit Hyrtl[2]) in die Höhe des 6. Halswirbels, Henle[3]) an den unteren Rand des M. laryngopharyngeus. Seine Länge giebt v. Hacker[4]) nach Messungen an Cadavern, bei denen die Brust- und die Bauchhöhle eröffnet waren, der Oesophagus aber in situ belassen war, beim Weibe im Durchschnitt auf 23,2 Ctm an. Ein lockeres, verschiebbares, elastisches Bindegewebe verbindet nicht allein die Muskelhaut mit der Schleimhaut, sondern umgiebt auch das ganze Rohr, so dass es nach Henle ohne Verletzungen wesentlicher Schichten seiner Wandung von den Umgebungen gelöst werden kann.

---

1) Joessel, Lehrbuch der topograph.-chirurg. Anatomie, 2. Thl., 1. Abth., p. 66.

2) Hyrtl, Handbuch der topograph. Anatomie, Wien 1882, p. 577.

3) Henle, Handbuch der system. Anatomie, 2. Bd., Braunschweig 1866, p. 147.

4) v. Hacker, Ueber die nach Verletzungen entstehenden Speiseröhren-Verengerungen, Wien 1889, p. 2.

Behufs Durchtritts der Gefässe, Nerven und Eingeweide von der Brusthöhle in die Bauchhöhle sind sowohl im sehnigen als im fleischigen Theil des Zwerchfells Lücken vorhanden, die letzteren zwischen den einzelnen Ursprüngen oder Zacken. Diese Lücken sind, soweit sie nicht von den durchtretenden Gebilden ausgefüllt werden, durch Bindegewebe hermetisch verschlossen. Von allen Anatomen ist Joessel[1]) der Einzige, der den Oesophagus im Hiatus oesophageus nicht durch eine einfache Oeffnung, sondern durch einen wirklichen Kanal, welcher von den medialen Pfeilern des Zwerchfells gebildet wird, verlaufen lässt. Mit diesem Kanal ist der Oesophagus durch Zellgewebe verbunden.

Ueber die Lage des Magens äussert sich Luschka[2]) folgender Massen: „Man hat nach Demonstrationen an der Leiche sich gewöhnt, den leeren Magen schlaff herabhängend und so gestellt zu denken, als ob er von vorn nach hinten abgeplattet und seine grosse Curvatur gerade nach unten, die kleine gerade nach aufwärts gekehrt sei. Während des Lebens ist der gesunde Magen im Zustande der Leerheit in sich auf einen geringen Umfang zusammengezogen. Bei der Anfüllung desselben findet die Vergrösserung in verhältnissmässig gleichem Grade nach allen Seiten hin statt, wobei er sich nament-

---

1) Joessel, Lehrbuch der topograph.-chirurg. Anatomie, 2. Thl., 1. Abth., p. 99.

2) Luschka, Die Anatomie des menschl. Bauches 1863, p. 183.

lich in der Richtung seiner Längsachse mehr und mehr von links oben nach rechts unten ausbreitet. Henle[1]) lässt ihn ausgedehnt normaliter mit dem unteren Rande bis zur Mitte zwischen der Spitze des Brustbeins und dem Nabel sich erstrecken.

Fassen wir das Resultat unserer Untersuchung kurz zusammen, so müssen wir sagen, dass unsere Beobachtungen nicht allein durch die Befunde Morgagni's und Schmidt's, sondern auch durch die Anatomen bestätigt wurden. Der Oesophagus besitzt vermöge seiner Anheftung an seine Umgebung vermittelst lockeren elastischen Bindegewebes nicht nur eine gewisse Verschiebbarkeit nach der Seite hin, welche ihm gestattet z. B. am Halse den Bewegungen des Kopfes und der Wirbelsäule entsprechend sich zu verschieben, sondern auch in der Richtung von oben nach unten. Diese Verschiebbarkeit behält er beim Durchgang durch das Zwerchfell bei. Eine Dislocation des Magens ist daher möglich. Weshalb wir so selten von ihr hören, liegt vielleicht in der Furcht sie mit einer Dilatation zu verwechseln. Schliesslich können wir den sogenannten Globus hystericus aus dem Capitel der Hysterie streichen und ihn als Krankheit sui generis hinstellen.

---

1) Henle, Eingeweidelehre 1873, p. 162.